UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 98

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

HÉMATOSALPINX

PAR PACHYSALPINGITE HÉMORRAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1911

PAR

Alfred GUITTARD

Né à Issoire (Puy-de-Dôme), le 30 novembre 1885

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

PUECH, Prof. adjoint, *Président.*
ESTOR, Professeur
MASSABUAU, Agrégé
EUZIÈRE, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1911

LES

HÉMATOSALPINX

PAR PACHYSALPINGITE HÉMORRAGIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 98

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

HÉMATOSALPINX

PAR PACHYSALPINGITE HÉMORRAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1911

ACAD. LYON.BAT. BIBL.

PAR

Alfred GUITTARD

Né à Issoire (Puy-de-Dôme), le 30 novembre 1885

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : PUECH, Prof. adjoint, *Président*. ESTOR, Professeur. MASSABUAU, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé. *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. PUECH, *président.*	MM. MASSABUAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR MOREL
(FACULTÉ DE MONTPELLIER, 1832-1837)

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A. GUITTARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MASSABUAU ET EUZIÈRE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE CLERMONT-FERRAND

A. GUITTARD.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous ne saurions oublier la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui, par leur enseignement, leurs conseils et leur amitié, contribuèrent à notre formation médicale.

Nos remerciements vont tout d'abord à nos Maîtres de l'Ecole de Clermont-Ferrand ; que MM. les professeurs Buy et Argaud veuillent bien accepter l'hommage de notre reconnaissance, pour l'enseignement qu'ils nous dispensèrent avec autant de science que de dévouement. Nous adressons toute notre gratitude à MM. les professeurs Lepetit, Maurin, Billard, Piollet, Planchard, et Gros.

A M. le professeur Dionis du Séjour, qui fut pour nous un Maître et un ami, nous adressons tout particulièrement nos remerciements les plus vifs. Nous ne saurions oublier avec quel dévouement il mit à notre service le meilleur de la science.

Nous devons nos premières connaissances en obstétrique à M^lle^ Dufaud, sage-femme en chef de la Maternité de Clermont-Ferrand. Que sa modestie nous per-

mette de lui adresser à la fin de nos études l'hommage de notre sympathie et de notre respect.

Nous remercions nos Maîtres de la Faculté de Montpellier du bon accueil qu'il nous ont réservé, en particulier M. le professeur agrégé Massabuau, qui, avec la plus grande amabilité, nous a inspiré notre travail, et nous en a communiqué l'observation première.

M. le professeur Puech a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons, ainsi qu'à M. le professeur Estor et à M. le professeur agrégé Euzière, l'expression de notre reconnaissance.

Il nous est doux d'exprimer à notre mère tout notre amour filial, c'est grâce à sa bonté et à son dévouement inépuisables qu'il nous a été permis de mener à bien nos études de médecine.

LES

HÉMATOSALPINX

PAR PACHYSALPINGITE HÉMORRAGIQUE

INTRODUCTION

Presque tous les auteurs classiques reconnaissent encore aux hémorragies de la trompe une seule origine, la grossesse ectopique ; on pourrait presque résumer l'étude de ces hémorragies en cette seule phrase : « La grossesse ectopique est la cause exclusive des hématocèles intrapéritonéales. » Certains auteurs sont très catégoriques dans cette affirmation, et Veit écrit : « On a dit, avec raison, que plus nos connaissances sur la grossesse extra-utérine s'étendaient, plus s'affermissait la notion que l'hématocèle est un symptôme lui appartenant en propre. »

Sous l'influence des idées émises par Lawson Tait, on vit partout la grossesse, et souvent même où elle ne se trouvait pas. Thévenard, en 1895, écrit dans sa thèse que la proportion des grossesses extra-uté-

rines serait de 95 % et il se reconnaît incapable de citer même un cas où l'on puisse incriminer une autre cause, si bien qu'il sembla que le chapitre des hémorragies tubaires était définitivement au point et que, sur ce sujet, il ne restait rien à découvrir.

Cependant à l'heure actuelle cette unique théorie des hémorragies de la trompe, ayant pour cause unique la grossesse extra-utérine, est fortement battue en brèche; quelques théories anciennes, tombées complètement dans l'oubli, reviennent à la lumière, ayant pour se soutenir de solides arguments qui méritent d'être pris en considération.

C'est d'abord la théorie des hématocèles d'origine ovarienne, la théorie de la rupture du plexus utéro-ovarien, la théorie des hémorragies de la trompe non infectée et non gravide, sous la seule influence des troubles circulatoires; enfin il n'est pas jusqu'à la vieille théorie du reflux du sang dans les trompes, qui n'ait retrouvé quelque regain d'actualité.

On a vu des hématocèles intrapéritonéales ou des hématosalpinx succéder à une péritonite tuberculeuse ou à une tuberculose des trompes (Freund), à une tumeur des trompes, *à la salpingite hémorragique*. Tartanson (de Lyon), en 1909, fait une thèse remarquable sur « les hémorragies et l'hématocèle pelvienne, intrapéritonéale, sans grossesse ectopique ».

Si des idées fausses sur les hémorragies tubaires ont vécu si longtemps, c'est parce que beaucoup d'auteurs ont négligé de faire l'examen microscopique. En effet, comme le fait remarquer avec juste raison, Zweifel, « la preuve que l'hématocèle résulte d'une grossesse tubaire a été faite par le microscope. Quand un auteur veut prouver qu'une hématocèle, par lui

observée, n'est pas due à la grossesse, il doit agir de même ».

Malheureusement les observations certaines ne sont pas à l'heure actuelle très nombreuses. Au cours de notre travail, nous en publierons deux relevées par M. Louis Bazy, et une par M. le professeur agrégé Massabuau ; ces trois observations, en effet, sont appuyées sur un examen histologique très minutieux et très complet, dans lequel le microscope a permis de déceler des lésions si manifestes, où la genèse des hémorragies est démontrée d'une façon si certaine, que toute hypothèse de grossesse doit être logiquement exclue.

Nous essaierons donc de démontrer, au cours de ce travail, que les hémorragies de la trompe n'ont pas toujours pour point de départ la grossesse extra-utérine, mais sont souvent dues à des lésions de la trompe non gravide, semblables aux lésions de la pachyméningite et de la pachypéritonite, et que la complication habituelle de ces hémorragies n'est pas toujours, comme on l'a écrit, « un accident de la grossesse ectopique. »

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La lésion de la pachysalpingite hémorragique est d'origine inflammatoire, avec tendance à l'hémorragie, et elle sera d'autant plus hémorragique, qu'elle sera plus manifestement inflammatoire.

Il nous faut donc rechercher quelles sont les causes qui produisent cette lésion, et pourquoi, quand elle s'est développée, elle donne lieu à des hémorragies.

En étudiant sa pathogénie, il faut tout d'abord démontrer que la lésion étudiée n'est pas le fait d'une grossesse ectopique ; car quelquefois, ainsi que le signale M. L. Bazy dans l'observation II rapportée ici, la trompe peut être rompue, et on a alors tous les caractères macroscopiques des grossesses tubaires. Nous essaierons de démontrer, tout d'abord, que ces lésions ne présentent histologiquement aucun des caractères de la grossesse extra-utérine.

En effet, dans l'intervalle qui sépare l'un de l'autre deux pédicules des bourgeons développés à l'intérieur de la trompe, on a pu observer un revêtement muqueux alors que la muqueuse disparaît complètement dans toute l'étendue de la greffe de l'œuf.

D'autre part, l'épithélium tapisse les pédicules sur chacune de leur face ; or dans la grossesse il y a également une expansion du tissu conjonctif de la trompe, qui constitue une sorte de véritable caduque réfléchie ; mais cette expansion est, dans ce cas, recouverte sur une de ses faces par l'épithélium cylindrique de la trompe, et ses prolongements se montrent sur toutes les coupes en série, ce qui n'est pas dans les cas qui nous occupent, car ces bourgeons sont très minces et on ne les observe que sur un nombre très limité de coupes ; de plus, ces bourgeons n'existent pas seulement au point où un œuf peut s'implanter, mais on les rencontre à l'intérieur même des vaisseaux.

Si nous étudions maintenant le processus d'envahissement de la grossesse tubaire, nous remarquons qu'elle chemine de *dehors en dedans*, en amincissant les parois de la trompe et en les refoulant vers l'extérieur. Le processus que nous étudions agit d'une façon absolument opposée. Il refoule les tissus de *dehors en dedans* sans les détruire aucunement.

Quelquefois, une grossesse tubaire peut se développer dans une trompe, tandis que l'autre peut présenter concurremment des lésions de salpingite ulcéreuse et végétante ; ceci est tout naturel car la grossesse où qu'elle se développe à un retentissement sur tout l'appareil génital. Il se manifeste en particulier dans les trompes un développement important du système vasculaire ; le boursouflement et l'activité proliférante du tissu conjonctif, la muqueuse de la trompe elle-même est modifiée.

Ce que nous venons de dire s'appliquait à une grossesse utérine, mais les mêmes phénomènes se produisent dans la grossesse tubaire, et alors les lésions inflammables que nous avons décrites sont caractérisées par une

exubérance du tissu conjonctif et par une néoformation vasculaire; ce sont précisément les phénomènes que l'on rencontre dans tout appareil génital gravide ; de plus il n'est pas rare de voir coïncider la grossesse extra-utérine d'un côté, avec la salpingite hémorragique de l'autre. M. Duret en a rapporté un cas frappant, et son élève Camelot a relevé dans sa thèse 15 observations de ce genre; il faut donc souligner cette coïncidence assez fréquente entre la grossesse d'une des trompes et des lésions inflammatoires et hémorragiques de l'autre. Mais à cette conclusion on peut soulever cette objection: il peut exister « une grossesse tubaire bilatérale ». Sans nier cette bilatéralité qui existe certainement, nous pouvons penser, comme c'est également l'avis de M. L. Bazy, que dans bien des observations cette bilatéralité a été affirmée sous l'empire de cette idée que toute hémorragie de la trompe était d'origine gravide et peut être aussi à la suite d'un examen trop hâtif, et par là même insuffisant, et cela vient confirmer ce que nous avons dit au début de ce travail, qu'avant de se prononcer sur la nature de ces lésions, il faut pratiquer des examens complets et méthodiques.

Quoi qu'il en soit, s'il est possible que la grossesse favorise la production de lésions végétantes de la trompe, il est certain qu'elle n'en est pas la cause immédiate. Ces altérations salpingiennes sont avant tout d'origine inflammatoire; absolument semblables au point de vue histologique aux lésions de pachyméningite hémorragique.

Il faut également remarquer que les malades qui présentent ces lésions de pachysalpingite ont souvent un passé gynécologique très chargé. Certaines ont dû même subir plusieurs interventions chirurgica-

les, et, de ce fait, il n'est pas douteux que leur appareil génital ait pu être considérablement modifié par des lésions inflammatoires (endovascularites oblitérantes, dépôts calcaires, etc.).

Si un phénomène un peu anormal (une grossesse, par exemple) survient, il n'est pas étonnant alors que cette trompe déjà atteinte antérieurement n'ait acquis de ce fait une sensibilité plus grande et réagisse d'une façon plus intense.

Il faut donc attribuer à ces lésions antérieures un rôle prépondérant dans la pathogénie de la pachysalpingite hémorragique, rôle absolument semblable à celui joué par les lésions de la trompe dans la pathogénie de la grossesse tubaire.

Le mécanisme de ces lésions est assez simple et rentre absolument dans les cadres de la pathogénie générale. En effet, il existe deux phases bien distinctes ; l'une est *une phase d'infection aiguë*, que caractérisent la nécrose, la mort des éléments constitutifs de la trompe, qui sont tous atteints. Ensuite lui succède *la phase de réparation*.

Dans *la phase d'infection aiguë*, l'inflammation ne porte pas également sur tous les tissus et les ravages diffèrent, si nous les observons au niveau des revêtements épithéliaux, ou au niveau des autres tissus qui constituent la trompe.

L'épithélium de la cavité tubaire atteint par l'infection se nécrose, ses cellules présentent les signes de cette nécrose rapide. Leur protoplasma se coagule et la substance nucléaire disparaît.

Quand le revêtement épithélial a été frappé de mort, il ne remplit plus ses fonctions, et en particulier il n'exerce plus son pouvoir antifibrineux, qu'il possède

normalement. Dès lors, du chorion de la muqueuse enflammée s'échappent les leucocytes et la fibrine exsudés des capillaires sanguins partout où l'épithélium a disparu, la fausse membrane adhère au chorion et bientôt apparaissent de jeunes capillaires qui unissent complètement le chorion et la fausse membrane.

Ce processus infectieux ne reste pas localisé, il porte sur tous les éléments constitutifs de la trompe, et lorsque l'inflammation atteint une grande intensité, quand elle évolue vers la suppuration, les tuniques de la trompe ne réagissent plus, mais sont complètement détruites, et la trompe se perfore et se rompt ; c'est ce qui explique certain trajet fistuleux, certaine rupture, que l'on rencontre assez souvent, et qui peuvent faire porter le diagnostic de grossesse.

Après la phase de destruction, apparaît *la phase de réparation*.

Au niveau de la muqueuse de la trompe, les phénomènes de réparation sont variables, soit que nous considérions l'épithélium lui-même, ou le chorion.

Comme nous l'avons signalé plus haut, *l'épithélium* a disparu par endroits, en laissant le chorion à nu, qui ensuite se met en contact intime avec la fausse membrane de nouvelle formation.

Pendant la phase de réparation, les cellules du tissu conjonctif se substituent à la fibrine, et on a formation de bourgeons charnus, riches en vaisseaux sanguins et en éléments conjonctifs. Ainsi se trouve formé à la surface de la muqueuse un bourgeon charnu, indice de l'activité réparatrice.

Mais ce tissu bourgeonnant devrait subir une phase

de résolution très rapide, or dans les cas qui nous occupent il n'en est rien.

Cela doit tenir très probablement à ce que les tissus ont réagi dans des proportions plus grandes que d'ordinaire, empêchant toute résolution postérieure, ou bien à ce que l'infection première n'a pas complètement disparu et a conservé une intensité suffisante.

Le **genèse** de ces lésions se résume donc en trois causes principales :

1° *La nature et la virulence de l'infection.* — En effet, la plupart des femmes observées avaient leurs trompes profondément infectées (Obs. II).

2° *La nature de terrain.* — Nous avons signalé que la plupart des malades chez lesquelles on observe ces lésions avaient un passé gynécologique très chargé. Toutefois la malade citée dans l'observation I n'avait aucun antécédent.

3° *Les influences qui peuvent modifier la marche de la lésion*, comme la grossesse dont nous avons signalé l'influence considérable.

Après avoir étudié la pathologie des lésions et leur genèse, nous étudierons la *pathogénie des hémorragies* et nous considèrerons successivement les hémorragies de surface et les hémorragies interstitielles.

Les hémorragies de surface se produisent au niveau des bourgeons de nouvelle formation.

Ces bourgeons, par leur origine inflammatoire, saignent très facilement ; le sang ne peut s'écouler, ni dans la trompe, ni dans le péritoine, et est forcé de se coaguler à la surface des bourgeons, où il forme un caillot adhérent ; à l'intérieur de ce caillot pénètrent des

néo-capillaires sanguins très fragiles qui se rompent à la moindre secousse, et ainsi s'expliquent ces hémorragies de surface sans cesse renouvelées.

Les hémorragies interstitielles sont sous l'influence de trois facteurs :

1° L'état des vaisseaux ;

2° L'état des tissus qui entourent les vaisseaux ;

3° La présence d'épanchements sanguins dans les tissus ou à la surface de la trompe.

1° *Etat des vaisseaux.*— Suivant la théorie du professeur H.-W. Freund : « Le mécanisme des hémorragies est tout à fait semblable dans les cas où les voies génitales sont rendues étroites, soit du fait de l'infantilisme, soit par inflammation, soit par tumeurs amenant des strictions ou des sténoses. Au moment des règles ou même sous l'influence des seules contractions de l'utérus, il se produit une augmentation considérable de la pression sanguine dans les vaisseaux de la trompe, et cette augmentation de pression entraînera d'autant plus facilement des hémorragies, tant dans la paroi que dans la lumière de la trompe, que les vaisseaux seront plus modifiés soit congénitalement par aplasie vasculaire, soit d'une façon acquise par inflammation, souvent par la combinaison de ces deux causes, et par conséquent ils pourront d'autant mieux se dilater et se rompre.

» Ainsi toutes les causes d'ordre congénital ou acquises qui entraînent la sténose semblent non seulement favoriser la greffe tubaire de l'œuf, mais être aussi une condition favorable à la production d'hémorragies atypiques. »

Cette théorie montre donc suffisamment l'influence que peut avoir sur les hémorragies interstitielles l'état

des vaisseaux et de la circulation dans la trompe malade.

L'état des tissus qui entourent les vaisseaux a également une grande importance. D'abord le tissu conjonctif périvasculaire s'est sclérosé, les parois vasculaires ne sont plus élastiques ni contractiles, d'où ralentissement de la circulation et tendance à la congestion et aux hémorragies fréquentes.

De plus, il n'y a point de tissu conjonctif autour des vaisseaux, ceux-ci sont essentiellement fragiles, ils se dilatent sous l'influence de la gêne circulatoire et se rompent.

Enfin *la présence continuelle des hémorragies* soit à la surface, soit dans la profondeur, augmente également l'état congestif de la trompe. Au fur et à mesure que la quantité de sang épanché augmente dans la trompe, la circulation devient de plus en plus difficile et la congestion des parties profondes augmentera, en un mot *une hémorragie en appelle une autre.*

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Massabuau)

Hématosalpinx par pachysalpingite hémorragique

Madame X... âgée de 46 ans, entre à l'hôpital Suburbain, salle Fournier, le 20 septembre 1910.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement et sans douleur, elle a eu deux accouchements dont le dernier remonte à

8 ans, accouchements normaux. Son passé génital est peu chargé : pas de leucorrhée habituelle.

Il y a 3 mois environ, la malade a été prise de quelques douleurs dans le bas-ventre, plus particulièrement marquées du côté gauche ; sensations de pesanteur douloureuse avec quelques exacerbations ne nécessitant pas le repos au lit.

Pas de suppressions de règles. Les règles sont régulières, mais plus abondantes que normalement, la malade perd huit, quelquefois dix jours, et expulse de temps en temps des caillots. Jamais de métrorragies.

Dans l'intervalle des règles peu de pertes blanches. Quelques envies fréquentes d'uriner, sans douleur à la miction. Constipation. Pas de troubles digestifs appréciables. L'état général est bon : pas d'amaigrissement.

En somme, ce qui domine l'histoire de cette malade, ce sont les phénomènes douloureux continus, qui n'ont jamais revêtu l'allure de crises aiguës d'aspect pelvi-péritonitique.

A l'examen de la malade, l'abdomen n'est nullement augmenté de volume : à la palpation, la pression profonde dans la fosse iliaque gauche est nettement douloureuse.

Au toucher, le col de l'utérus, peu augmenté de volume, est refoulé en avant et à droite. Dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le Douglas on constate facilement l'existence du pôle inférieur d'une tumeur dont le contour est régulièrement arrondi ; la paroi vaginale glisse bien sur la masse néoplasique. La consistance de la tumeur est ferme, ni dure, ni rénitente : elle est fixée dans le pelvis et le doigt ne parvient pas à la mobiliser nettement ; il est très difficile, en raison de cette fixité, de se rendre compte de ses rapports exacts avec le corps utérin.

Le diagnostic posé est celui de *kyste ovarien inclus dans le ligament large gauche.*

Laparotomie, le 7 octobre 1910, par M. le professeur agrégé Massabuau.

On constate nettement en arrière et sur le flanc gauche de l'utérus l'existence de la tumeur. L'épiploon et l'intestin sont fixés à sa surface par des adhérences molles qu'il est assez facile de détacher : ce n'est qu'après cette libération qu'on peut voir l'utérus et se rendre compte des caractères de la tumeur : ce qui frappe, c'est la coloration brunâtre de sa surface qui indique un contenu hématique.

L'ablation n'en est possible qu'en s'aidant de l'hystérectomie par section première antérieure du col ; on peut ainsi, après incision du feuillet du ligament large qui enveloppe la tumeur, l'enlever sans être obligé de la ponctionner au préalable.

Examen macroscopique. — La tumeur est du volume d'une petite tête fœtale ; son contenu est uniquement constitué par des caillots sanguins dont quelques-uns sont adhérents à la paroi de la poche. Une dissociation attentive de ces caillots sous un filet d'eau n'a permis de découvrir dans aucun d'eux des villosités choriales ou des éléments caractéristiques d'un œuf.

La paroi de la poche hématique est épaisse; sa surface interne irrégulière, tomenteuse, parsemée de petits caillots sanguins adhérents, mais nous n'avons trouvé trace en aucun point de plaie placentaire qui put faire penser à la possibilité d'une greffe ovulaire.

Les deux ovaires sont gros, kystiques et présentent à côté de kystes séreux quelques kystes hématiques.

Etude histologique. — Elle a confirmé l'impression produite par l'étude macroscopique, à savoir que cet

hématosalpinx n'est nullement lié à l'évolution d'une grossesse tubaire.

L'épithélium de la trompe est totalement détruit, on n'en trouve trace dans aucune préparation.

Les lésions de la muqueuse et de la sous-muqueuse sont partout identiques dans les coupes en série que nous avons faites en des points divers de la paroi kystique.

Ce qui domine, c'est un épaississement inflammatoire de la paroi tubaire, une prolifération conjonctive telle qu'il est devenu impossible de distinguer les unes des autres les diverses couches de la paroi. Dans les parties voisines de la surface on constate d'énormes dilatations vasculaires. Ces vaisseaux sanguins sont gorgés de sang, quelques-uns ont rompu leur mince paroi et cette rupture a déterminé des infiltrations hémorragiques interstitielles qui ont probablement donné à la poche kystique sa coloration brunâtre caractéristique. Les infiltrations hémorragiques anciennes se reconnaissent à la présence de pigment brun dans l'intérieur des cellules conjonctives et entre les fibres. Dans l'intervalle de ces lacunes vasculaires, on note l'existence d'un processus de prolifération conjonctive jeune de nature inflammatoire. Cette prolifération aboutit dans certains points à la production de bourgeons exubérants et saillants dans la cavité kystique et qui présentent absolument la structure des bourgeons charnus : infiltration diffuse de cellules embryonnaires du type lymphocytaire avec des vaisseaux sanguins néoformés dont la paroi est réduite à une mince membrane endothéliale.

La zone externe de la paroi kystique est uniquement formée par une prolifération de tissu conjonctif adulte qui se dispose en une série de strates concentriques très

épaisses. C'est cette série qui donne à la paroi sa résistance et sa dureté.

En dehors d'elle existent des adhérences péritonéales encore jeunes et très congestionnées.

En somme, il s'agit d'un HÉMATOSALPINX lié à l'évolution d'une pachysalpingite hémorragique.

Observation II

(Recueillie dans le service de M. P. Bazy par M. L. Bazy)

G..., Héloïse. Cette malade a été soignée à deux reprises différentes dans le service de M. Pierre Bazy, à l'hôpital Beaujon, en 1905 et en 1907.

Voici d'abord son observation clinique, recueillie en février 1905.

G..., 26 ans, domestique. Aucun antécédent personnel. Antécédents génitaux : réglée à 12 ans ; règles régulières, toujours légèrement avancées. Accouchement normal il y a 7 ans. Il y a 2 ans, fausse couche. Cinq mois après cette fausse couche, elle entra à l'hôpital de Reims où elle fut soignée pendant 21 jours pour métrite. Dès sa sortie de l'hôpital, ne souffrant plus, elle reprit son travail. Mais les règles, à partir de ce moment, devinrent plus abondantes, et à leur suite apparaissaient de nombreuses pertes blanches. Néanmoins, la malade avait une bonne santé lorsque, le 1er février 1905, au moment même où les règles venaient de se terminer, elle commença à éprouver de vives douleurs dans le flanc gauche. Le 6, elle perdit fortement en rouge, sans caillot, en même temps que redoublaient les douleurs déjà signalées du côté gauche. Elle entra à l'hôpital le 21 février.

Examen. — Col gros. Utérus assez mobile, présentant sur sa face antérieure de notables irrégularités. Cul-de-sac droit libre. Le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche sont occupés par une masse indurée, distincte de l'utérus.

Diagnostic. — Petit fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Hématocèle développée aux dépens de la trompe gauche.

Opération le 14 mars 1905. Opérateur : M. P. Bazy. Incision médiane de 12 centimètres environ. L'abdomen ouvert, on voit une masse à reflets verdâtres qui n'est autre qu'un hématosalpinx développé aux dépens de la trompe gauche. L'utérus est refoulé en avant et présente sur sa face antérieure un petit fibrome, cause possible des métrorragies observées depuis longtemps. La poche kystique est détachée des parties voisines, mais elle se rompt au moment où on la sépare du cul-de-sac de Douglas. Il en sort du sang coagulé présentant l'apparence du raisiné. La trompe est enlevée. L'ovaire sain est conservé. De même, devant l'intégrité de l'utérus et des annexes droites, on décide de se contenter de cette ablation partielle. Fermeture en trois plans.

Suites parfaitement normales. L'examen de la pièce a été pratiqué par mon très cher maître et ami M. Laubry. Voici le résultat de cet examen : Les coupes ont porté sur les portions de la trompe auxquelles adhérait le caillot. La constatation de la réaction déciduale de la paroi et la présence dans le caillot de villosités choriales typiques rendent évident le diagnostic de grossesse extra-utérine.

En 1907, au mois de mars, la malade revint à Beaujon parce que les douleurs avaient reparu. On trouva du côté droit une masse volumineuse que l'on diagnostiqua d'autant plus facilement hématocèle qu'elle avait à peu près les mêmes caractères que la lésion constatée deux ans auparavant. A gauche, on pouvait sentir une petite masse fluctuante d'apparence kystique. J'ai opéré moi-même cette malade le 9 mars 1907. Voici le compte rendu de l'intervention tel que je l'ai transcrit sur le registre d'opérations :

Hystérectomie abdominale subtotale pour grossesse extra-utérine droite (opérée antérieurement à gauche). Opérateur : Louis Bazy. Incision médiane sous-ombilicale. Quelques adhérences de l'épiploon à l'utérus et aux annexes sont liées et sectionnées. A gauche, on trouve un petit kyste, contenant un liquide citrin, qu'on rompt en le détachant. A droite, on attire une trompe rompue contenant un gros caillot en voie d'organisation. Hystérectomie subtotale par le procédé habituel. Drain dans le Douglas. Fermeture de

l'abdomen en trois plans. La malade est sortie guérie trois semaines après l'intervention.

Suivant mon habitude, je conservai les pièces, dont je prélevai des fragments pour l'examen histologique. *Mais je dois dire que le diagnostic de grossesse extra-utérine paraissait si évident, étant donné surtout que la trompe semblait rompue, que je laissai tout d'abord ces coupes sans les examiner, les jugeant très banales. C'est par le plus grand des hasards que, revoyant un jour toutes mes coupes de trompes hémorragiques, j'ai trouvé la lésion dont la description va suivre.*

Examen histologique. — Les coupes ont porté sur le caillot d'apparence placentaire et la portion de la trompe sur laquelle il s'implantait. Elles comprennent également tout le bord de la rupture de la trompe et le caillot qui adhérait au péritoine pelvien. Nous avons donc deux ordres de lésions à décrire :

1° Le caillot intra-tubaire avec les lésions de la trompe ;

2° La perforation de la trompe et les lésions du péritoine.

1° Caillot intra-tubaire lésions de la trompe.

Sur les coupes les plus favorables, à un faible grossissement, on reconnaît l'existence d'un vaste foyer hémorragipare composé de la façon suivante : sur une surface assez étendue, qui peut être évaluée à plus de 2 centim. 1/2, la muqueuse de la trompe apparaît affaissée, plane, lisse, totalement dépourvue de franges, alors que les régions avoisinantes présentent encore leurs saillies papillaires plus ou moins normales. Vers le centre de cette région, ainsi aplanie, se détache une sorte de bourgeonnement, de large pédicule qui déborde la surface, s'élève au-dessus du plan de la muqueuse affaissée, et se continue directement avec un énorme caillot de sang dense, fibrino-hématique, dont la *surface paraît d'origine récente.*

a) Le bourgeon. — L'examen de ce bourgeonnement de la muqueuse salpingienne montre une série de lésions absolument caractéristiques. Il se compose, d'une façon générale, de deux assises, de deux prolongements conjonctivo-vasculaires larges, composés d'un tissu de fibres connectives denses, peu riches en fibroblastes, dirigées d'une façon générale perpendiculairement à la muqueuse, et associées à un certain nombre de vaisseaux sanguins artériels et veineux également perpendiculaires à la surface

du chorion. Ce tissu fibreux ou fibro-vasculaire de nouvelle formation se détache manifestement de la sous-muqueuse. Dès qu'il a dépassé la surface de la muqueuse, il s'épanouit de tous côtés en une sorte de champignon composé d'une quantité considérable de vaisseaux capillaires diversement ramifiés et accompagnés de fines fibres connectives et de fibroblastes. Tout ce tissu de nouvelle formation s'élève très haut au-dessus de la muqueuse, vers laquelle il s'incline de part et d'autre à la façon d'un énorme bourgeon charnu. La surface de ce bourgeon envoie directement des prolongements néo-vasculaires dans le tissu sanguin qui le coiffe. On voit ainsi, jusqu'à une grande distance, de fins vaisseaux capillaires néoformés enfoncer leurs plates et longues cellules endothéliales, sur deux couches parallèles, à travers les lacs de globules, rouges surtout, et aussi de fibrine fibrillaire, constituant ainsi une véritable pachyméningite hémorragique de tous points comparable aux pachypéritonite ou pachysalpingite hémorragiques.

Dans les mailles du champignon conjonctivo-vasculaire, on rencontre trois sortes d'éléments :

1° Des mononucléaires abondants répartis par îlots ;

2° Des granulations de pigment ocre sidérosique, libres ou englobées dans des leucocytes ;

3° Sur les confins du repli, exactement au sortir de la surface de la muqueuse, à l'angle formé par la muqueuse et le bourgeon, on rencontre des fentes irrégulières, sinueuses, anguleuses, occupées, comblées par des épithéliums de la muqueuse en voie d'atrophie ou peut-être de néoformation. Il s'agit alors de cellules extrêmement plates ou d'apparence fusiforme, très petites d'ordinaire, pouvant remplir complètement la fente, ou au contraire ménager une petite cavité d'apparence pseudo-glandulaire, vide ou occupée par quelques leucocytes. A ce niveau, le tissu conjonctif vasculaire néoformé est très dense, fibroïde, peu vasculaire, ce qui donne à la région une apparence squirrheuse des plus caractéristiques. On peut affirmer qu'il s'agit là de fragments de la couche épithéliale de la muqueuse qui ont été éparpillés, disloqués et finalement étouffés par les bourgeons conjonctifs. L'examen permet ici d'établir que le mécanisme des lésions a été l'inverse d'un cancer, c'est-à-dire que c'est le tissu conjonctif de la sous-muqueuse qui a

envahi les couches épithéliales pour les disloquer, les ulcérer, les effondrer,

Sur les coupes colorées au Van Gieson, on peut voir que le tissu bourgeonnant précédemment décrit et qui pointe au-dessus de la muqueuse atrophiée est déjà riche en travées fibroïdes onduleuses, vivement teintées en rouge par le Van Gieson. Les cloisonnements dessinés par ces travées sont bien, d'une façon générale, perpendiculaires à la surface de la muqueuse au niveau du pied du bourgeon; mais, dans la masse elle-même, leur direction est des plus variables. Ces travées, en s'entrecroisant en tous sens, limitent des logettes qui contiennent les vaisseaux néoformés. Il en résulte un feutrage dense épais, qui est recouvert par le caillot. A la limite qui sépare ce tissu fibreux des placards de sang, on voit très distinctement encore un certain nombre de bandes de fibrine vivement teintées en marron foncé. Ces filaments de fibrine semblent servir de support aux capillaires de nouvelle formation qui piquent directement dans le sang.

La surface du caillot sanguin qui fait suite au repli de la muqueuse bourgeonnante est déjà en voie d'organisation fibroïde sur une longueur assez grande, mais sur une très mince épaisseur, et elle se trouve ainsi composée par une mince couche fibroïde, au-dessus de laquelle se succèdent en série une vingtaine de lamelles de fibrine parallèles à la surface. Entre les mailles de ces lamelles, les globules rouges sont tassés et encore plus ou moins bien reconnaissables. Enfin, à une certaine distance, toute trace d'organisation du caillot disparaît.

Sur les mêmes coupes, on peut voir un second pédicule fibroïde qui offre, d'une façon générale, les mêmes caractères que le précédent. Il est cependant plus large et contient en maints endroits, dans son épaisseur, des fentes occupées par des cellules d'épithélium cylindrique bas, ou mieux cubique, appartenant aux portions de la muqueuse effondrées par le bourgeonnement conjonctivo-vasculaire.

b) La muqueuse. — La partie de la muqueuse aplatie qui s'étend *de chaque côté des pédicules* offre des lésions curieuses. Sa surface, d'une manière générale lisse, est recouverte par un épithélium en général très altéré. D'ordinaire, la lésion la plus constante est la transformation cuboïde des cellules cylindriques et la disparition

des cils vibratiles. En certains points, cet état cuboïde ou cylindrique bas donne un aspect légèrement ondulé à la surface épithéliale, et, dans ce cas, il est possible de trouver dans deux ou trois couches superposées d'épithélium allongé. Les noyaux sont alors minces et presque cylindroïdes. En d'autres points, la couche épithéliale est composée par une sorte de lame presque aplatie, soit recouverte d'une ou deux grosses cellules piriformes, saillantes dans la cavité, soit, et plus fréquemment aussi, l'aspect général de la région est un épithélium pavimenteux stratifié sur deux ou trois couches superposées fort peu épaisses. On voit parfois encore l'épithélium se disposer en forme de polygones. Dans ce cas, l'élément est très aplati, le protoplasma extrêmement mince, avec un noyau qui occupe presque entièrement la cellule, qui est de forme anguleuse, polygonale, méconnaissable. Beaucoup de ces éléments, quoique petits, sont vésiculeux. En quelques points, en général très éloignés de la surface précitée, la surface épithéliale se présente sous forme d'une lamelle mince, tendue à la façon d'une surface endothéliale. Souvent, alors, elle est en partie décollée du chorion et séparée de lui par une masse de globules blancs mononucléaires, lymphocytes pour la plupart. Quelquefois, au contraire, en ces mêmes régions, la surface du chorion étant un peu saillante semble former de petites saillies papillaires, et, dans ce cas, la lésion se constitue de la façon suivante : de la surface du chorion se détache un relief, généralement hyalin, dans lequel on ne voit pas de vaisseaux sanguins, et où les éléments cellulaires conjonctifs sont très mal colorés. Ce bloc hyalin forme, soit une très courte colonne, soit un cercle, suivant l'orientation de la coupe ; mais il est toujours recouvert d'une couche d'épithélium plat ou cuboïde, dense, serrée, tassée, et au milieu de laquelle s'infiltrent d'ordinaire un grand nombre de leucocytes. Parfois la coupe a séparé le petit polype de la muqueuse et donne naissance, non loin de la surface, à une sorte de globe épidermique bizarre, occupé à son centre par une masse hyaline plus ou moins arrondie, et à sa périphérie par une ou deux lamelles de cellules épithéliales, lamellaires, aplaties. Le diagnostic de ces lésions serait des plus difficiles si l'on n'avait pas sous les yeux, en face d'elles, l'état de la muqueuse et sa transformation pavimenteuse.

Au niveau de chacun des pédicules fibroïdes, saillant à la surface

de la muqueuse atrophiée, l'épithélium salpingien a proliféré et remonte le long du bourgeon conjonctivo-vasculaire et hémorragique. D'ordinaire, cette prolifération est peu étendue et l'épithélium ne remonte pas très haut ; mais la surface de l'angle formé par le bourgeon et la muqueuse est toujours occupée par une couche continue d'épithélium salpingien en voie d'atrophie et ayant perdu ses cils vibratiles. Il n'est pas rare de voir quelques esquisses de petits bourgeons pseudo-papillaires se former à la surface. Mais bientôt la couche épithéliale, d'abord cuboïdes, amincit et se réduit à l'état d'une mince lame d'épithélium lamellaire qui vite aura disparu.

c) Le *chorion de la muqueuse* est affaisé, réduit, et les fibres musculaires de la sous-muqueuse côtoient en maints endroits la surface épithéliale. Le tissu conjonctif est tassé ; mais, en un certain nombre de points, il se trouve dissocié, soit par des extravasations sanguines de globules rouges (apoplexies diffuses), soit par des îlots ou des traînées de leucocytes isolés ou associés aux globules rouges.

d) *Les faisceaux musculaires* sous-tendant la muqueuse atrophiée paraissent sains ;

e) *Les vaisseaux* qui irriguent cette sous-muqueuse épaissie et les couches musculaires sont distendus et gorgés de sang, et leur lumière contient, en général, beaucoup de leucocytes. Autour des veines, on aperçoit des palissades de leucocytes mononucléaires. Il est à noter que, dans toute l'étendue de cette région ainsi affaissée et sclérosée, on n'aperçoit pas de gros vaisseaux sanguins. Les quelques *artères* qui irriguent ces points sont petites et très pauvres en tissu élastique. Les *veines*, au contraire, s'y montrent nombreuses et très larges, mais d'apparence normale. Dans le tissu cellulo-vasculaire sous-jacent aux couches musculaires et formant les mailles conjonctives du tissu sous-péritonéal, on constate que ces mailles se trouvent extrêmement lâches et dilatées par des placards de sang dont les globules rouges vivants distendent très largement les fibres et les espaces conjonctifs, comme ils distendent les vaisseaux capillaires. De place en place, on trouve cependant quelques globules de graisse très isolés et tranchant par leur clarté sur la couche opaque formée par le sang. Il est à remarquer que ces apoplexies sanguines disséquent et isolent les vaisseaux

et les nerfs. En examinant les îlots vasculaires qui apparaissent au milieu de ces lacs sanguins, on découvre à côté d'une grosse artère, normale d'ailleurs, un gros vaisseau qui se trouve au contact même de l'artère et est atteint d'endo-vascularite chronique ancienne, qui n'a laissé qu'une toute petite lumière ovale au centre du vaisseau. Les bourgeons qui ont rétréci la lumière du vaisseau sont énormes, parcourus par des capillaires très apparents et semés de très belles cellules conjonctives. En examinant le squelette élastique qui limite la membrane interne ainsi bourgeonnante, on peut, à coup sûr, affirmer qu'il ne s'agit pas d'une veine et encore moins d'une artère. Les sinuosités, les festons formés par la mince couche vasculaire qui caractérise cette lame élastique diffèrent absolument de ceux qui caractérisent les veines. Cette lame élastique est beaucoup plus serpentine et beaucoup plus mince. Une étude plus approfondie permet de reconnaître qu'en dehors de cette élastique interne, existe une couche dense fibroïde de tissu conjonctif dans laquelle on ne voit qu'une toute petite proportion de fibrilles élastiques onduleuses. Enfin, la périphérie de ce vaisseau ne se distingue que par sa densité plus grande des tissus conjonctifs environnants et par l'absence complète de fibres élastiques. On peut en conclure qu'il ne s'agit pas d'une veine, mais bien d'un lymphatique atteint de lymphangite chronique ancienne. Sur d'autres coupes colorées à l'hématéine-éosine, on retrouve facilement ce moignon vasculaire dont la lumière très étroite, tapissée cependant par un endothélium complet, est comblée par un réticulum d'albumine coagulée et par quelques globules rouges dont la présence, au milieu de ce vaisseau, n'a rien d'étonnant, étant donné que tous les tissus avoisinants sont gorgés de sang. D'ailleurs, sur une autre coupe, dont l'orientation est un peu différente, il est facile de reconnaître que cette lumière n'est pas la lumière du lymphatique remplie de sang, mais bien celle d'un capillaire de la paroi très distendu. On peut, en effet, apercevoir au-dessus du capillaire la lumière du lymphatique, très réduite, il est vrai, mais cependant bien apparente, et qui est remplie d'une masse de lymphe coagulée avec de minces granulations albumineuses.

f) *La sous-séreuse et la sereuse* correspondantes à la région qui nous occupe sont remarquables par l'épaisseur assez grande

des faisceaux musculaires qui doublent la séreuse. Il y a là aussi sous la couche musculeuse d'assez nombreux placards hémorragiques récents.

Sur les coupes qui ont été colorées au Van Gieson, on trouve un certain nombre de détails qui viennent éclairer d'une manière très précise le mécanisme des lésions.

a) Tout d'abord l'*axe néo-conjonctivo-vasculaire* qui se détache de la muqueuse est constitué par des trousseaux denses de tissu fibreux et de fibres connectives associées à un nombre plus ou moins grand de fibroblastes et de cellules plates. Les vaisseaux de nouvelle formation s'insinuent dans les mailles assez étroites formées par ce bourgeon fibreux déjà ancien. A la surface de ce champignon, s'élancent des vaisseaux capillaires néoformés et divergeant dans tous les sens à l'intérieur du caillot qui coiffe le bourgeon conjonctivo-vasculaire. Il en résulte que la partie profonde du caillot est intimement adhérente au bourgeon, grâce à ces filaments néo-vasculaires, irradiant entre les lacs sanguins. Non loin de cette surface, et surtout auprès des bords du caillot ainsi pédiculisé, on découvre quelques traces anciennes de fibrine fibrillaire, disposées en réseaux plus ou moins parallèles aux néo-capillaires qui s'enfoncent dans les globules rouges. Enfin, la surface du caillot présente jusqu'à une certaine hauteur une mince bordure fibroïde rosâtre, sous-jacente à la couche d'épithélium lamellaire qui fait suite, comme nous l'avons dit, à l'angle formé par le pied du bourgeon, de la muqueuse, aux épithéliums cubiques. Toutefois, dans les parties latérales du bourgeon, là où la surface de la muqueuse aplanie laisse sur certaines coupes une assez grande distance entre elles et le bord du bourgeon néoformé, on voit d'autres bourgeons conjonctivo-vasculaires, soit encore retenus par un pédicule, soit au contraire coupés transversalement et flottants. De ces bourgeons, les uns ont leur axe vivement teinté en rose par le Van Gieson et montrent ainsi l'ancienneté de leur origine. Les autres, et non des moindres, ne contiennent pas, ou presque pas, de tissu connectif rouge, mais sont simplement constitués par de minces prolongements fibrillaires conjonctivo-vasculaires avec leurs mailles occupées uniquement par des fibroblastes encore jeunes. Ces bourgeons ainsi récents montrent leurs vaisseaux extrêmement distendus et sont constamment le siège d'énor-

mes apoplexies interstitielles, récentes à coup sûr, qui distendent au maximum les mailles du tissu de nouvelle formation. De cette disposition, on peut conclure que le raptus hémorragique constaté précédemment dans l'épaisseur des couches constitutives de la muqueuse était général, et ressortissait, pour une certaine part, à des lésions inflammatoires, car, dans tous ces bourgeons néoformés et apoplectiques, la présence importante, et même en certains points considérable, de globules blancs est la règle. Il est bon, d'ailleurs, de remarquer que ces bourgeons hémorragipares, même non encore fibroïdes, sont régulièrement tapissés par un revêtement épithélial surtout lamellaire. Sur certaines coupes, ces petits bourgeons jeunes et dépourvus par conséquent de tissu fibreux, riches en vaisseaux mais apoplectiques, et qui se détachent de la surface de la muqueuse au niveau des parties voisines du gros pédicule, ne sont recouverts par la muqueuse que jusqu'à une certaine distance de leur pédicule. Vers le sommet l'épithélium devient très mince ou vacuolaire, puis cède tout à coup, et le caillot se trouve à nu dans la cavité salpingienne. S'agit-il du bourgeon conjonctivo-vasculaire de nouvelle formation, qui s'est recouvert de l'épithélium proliféré et continu jusqu'à une certaine limite ? S'agit-il au contraire du même bourgeon néo-conjonctivo-vasculaire ayant soulevé l'épithélium de revêtement et l'ayant fait éclater sous l'influence d'une hémorragie interstitielle ? C'est ce que nous aurons à trancher tout à l'heure.

b) *La muqueuse* qui se trouve de part et d'autre de la muqueuse ulcérée offre l'aspect suivant. Dès qu'on a quitté les abords du caillot, les franges reparaissent abondantes, recouvertes de leur couche unique d'épithélium cylindrique cilié, avec leurs élégantes sinuosités. Cependant, sur un grand nombre de ces franges existent des altérations importantes. Tout d'abord, tous les vaisseaux des franges sont en général très distendus. Les veinules, en particulier, forment d'énormes lacs sanguins qui rendent turgescent le tissu interstitiel de la frange. Le sommet de la frange sur un grand nombre d'entre elles est le siège d'une apoplexie diffuse interstitielle bien caractérisée. Les vaisseaux capillaires s'y montrent avec des sinuosités énormes, mais sont bien reconnaissables par la double bande endothéliale qui les circonscrit. Mais, en outre, dans les mailles interstitielles, de grandes quantités de globules rouges se

sont épanchées et ont distendu les espaces ainsi remplis de globules rouges et blancs. D'une façon générale aussi, les énormes suffusions sanguines décrites dans le tissu interstitiel de la portion moyenne de la trompe ne s'élèvent pas d'ordinaire dans l'axe des franges. Il semblerait que la couche musculaire qui borde l'implantation des franges ait été un obstacle suffisant à la diffusion de l'hémorragie dans l'axe même de la frange. Il en résulte qu'on a l'impression que l'hémorragie des villosités est restée autonome, pour ainsi dire.

Sur les coupes colorées à l'hématéine-éosine, un grand nombre de franges ainsi apoplectiques à leur sommet montrent leur revêtement épithélial cylindrique fortement coloré en rouge par du sang dont les débris d'hématies adhèrent intimement aux cils vibratiles. A ce niveau, les cils vibratiles semblent comme englués de ces poussières d'hématies pulvérisées. Quelquefois même, une certaine couche de petits blocs sanguins, très fortement pigmentés, s'élève à la surface de cet épithélium ainsi enduit et forme comme les assises prochaines d'un caillot sanguin.

Dans une autre région de la trompe, près du pavillon, on reconnait les franges de plus en plus nombreuses et épaisses et dont la surface est tapissée par du sang récemment épanché. Leur épithélium de revêtement cylindrique vibratile montre au sommet de quelques franges un aplatissement très apparent, au niveau duquel la couche épithéliale devient très plate, cubique et perd ses cils vibratiles. En outre, en plusieurs endroits, la gangue interstitielle des franges contient quelques petits calculs anciens reconnaissables à leur coloration en violet foncé par l'hématoxyline, et qui sont enkystés dans une coque de tissu conjonctif sans grande réaction inflammatoire. Ceci permet de conclure qu'il s'agit en ces points d'une vieille lésion inflammatoire chronique.

c) Dans *les couches musculeuses* de ces coupes (près du pavillon) on est frappé de voir de grandes coulées de grands mononucléaires et de lymphocytes qui s'infiltrent dans les espaces intermusculaires, révélant ainsi un processus inflammatoire en évolution. Ces îlots inflammatoires sont très nombreux et ne sont pas toujours manifestement orientés autour des vaisseaux sanguins.

2° La perforation de la trompe et les lésions du péritoine.

Sur les coupes bien perpendiculaires à la perforation, c'est-à-dire

à la perte de substance qui a traversé dans leur épaisseur totale toutes les couches de la trompe, l'aspect des parties est aussi caractéristique que possible. En effet, les franges de la muqueuse salpingienne viennent s'arrêter tout à coup, et l'épithélium cylindrique vibratile qui recouvre la muqueuse à ce niveau semble s'enfoncer brusquement dans un canal passant à pic à travers toutes les couches de la trompe. Dans ce trajet, l'épithélium s'aplatit d'une manière extrêmement apparente et devient presque lamellaire, au moins sur certains points. Il gagne ainsi de la sorte une région qui correspond à la couche sous-séreuse de la trompe, et en ce point il rencontre un tissu bourgeonnant hémorragipare absolument identique à celui précédemment décrit à l'intérieur de la trompe. Le revêtement épithélial, ainsi conduit, s'efforce de remonter sur le tissu du bourgeon charnu hémorragique qu'il recouvre en partie d'une très mince couche de cellules plates ou cuboïdes. Au delà, le bord de l'ulcération n'est plus constitué que par une série de bourgeons hémorragipares dont la description suivra.

La couche de *fibres musculaires* normalement sous-jacentes au pédicule des franges de la muqueuse s'arrête de même tout à coup à quelque distance du bord du trajet qui a ainsi défoncé la paroi de la trompe. Les fibres musculaires que l'on voit ne présentent aucune altération appréciable. Tout au plus leurs faisceaux sont-ils un peu dissociés, relâchés dans l'épaisseur du tissu de cicatrice qui suit le revêtement épithélial de nouvelle formation.

Les *vaisseaux sanguins* qui accompagnent les fibres musculaires et le tissu conjonctif n'offrent pas de lésions notables. Cependant, comme nous l'avons déjà observé dans le reste de la paroi, ils sont souvent entourés de manchons de mononucléaires, mais discrets, et les veinules que l'on observe près du bord sont saines.

Enfin, en arrivant à la *couche sous-séreuse* et aux bandes musculeuses qui la doublent, l'aspect devient caractéristique. Un épaississement fibroïde dense, peu vasculaire, s'est produit, qui épaissit de cinq à dix fois les parties et donne naissance à un certain nombre de bourgeons néo-conjonctivo-vasculaires implantés sur la séreuse même, et dont la succession complète la partie inférieure du bord de la perforation. On arrive ainsi, en gagnant la profondeur, à constater qu'un certain nombre de plicatures du péritoine se sont réunies et condensées au-dessous de la trompe, et ont ainsi

constitué la moitié du trajet qui s'ouvre directement dans la cavité péritonéale, ce qui fait qu'en somme ce trajet est constitué par deux portions, l'une tubulaire l'autre péritonéale.

En résumé, il y a un vieux trajet dans la trompe, vieux parce qu'épithélialisé ; et puis il y a une partie vraiment péritonéale qui continue ce trajet et qui possède les mêmes caractères que la trompe, c'est-à-dire présentent des lésions de pachy-péritonite ulcéreuse hémorragique, comparable en tous points à la salpingite ulcéreuse et végétante hémorragique précédemment décrite.

Sur les coupes colorées au Van Gieson, l'aspect du trajet fistuleux de la trompe est plus remarquable encore qu'avec l'hématéine-éosine. En effet, le bord même de la fistule salpingienne est composé par un tissu fibreux condensé, d'un rouge vif carminé très net, bien différent des rares fibres connectives roses qui sillonnent les portions conjonctives de la trompe dans ses parties normales. On peut en conclure à l'ancienneté du trajet à cause de la condensation du tissu fibreux qui le limite.

L'aspect des parties bourgeonnantes du péritoine n'est pas moins remarquable. Tout le long du bord de la perte de substance, une pachy-péritonite végétante et hémorragique s'est organisée méthodiquement, non seulement pour ce qui est de la partie sous-séreuse de la trompe, mais même des replis péritonéaux adjacents qui complètent le trajet. Là, en effet, tout le tissu conjonctif forme une gangue d'une densité extrême. Les travées fibreuses ne sont séparées que par des vaisseaux sanguins généralement petits, bien que gorgés de sang. De cette partie profonde se détachent des bourgeons fibroïdes, plus lâches, riches en vaisseaux sanguins, dont la coupe, lorsqu'elle est transversale, donne au tissu un aspect aréolaire « dentelé ». De ce bourgeon, de ce pédicule se détachent progressivement de nombreux capillaires néoformés qui s'enfoncent en divergeant dans l'épaisseur d'énormes caillots sanguins adhérents et dont la surface, nous l'avons vu, est recouverte en partie à leur base par l'épithélium, tout au moins dans la portion contiguë à la trompe. Cette pachy-péritonite végétante s'organise sur le bord de la perforation exactement comme elle le ferait dans la cavité pelvienne. Elle se caractérise par une série irrégulière de traînées de fibroblastes enchevêtrés dans tous les sens et associés à d'innombrables vaisseaux capillaires de nouvelle formation entre-

mêlés dans tous les sens. Les mailles qui résultent de cet enchevêtrement d'axes conjonctifs récents et de vaisseaux sanguins néoformés contiennent, suivant les points, tantôt de nombreux amas de pigment sidérosique, tantôt de volumineuses cellules endothéliales, vésiculeuses, vacuolaires ou granuleuses, qui semblent flotter au milieu de la sérosité interstitielle, tantôt enfin de nombreux globules rouges, les uns libres, le plus grand nombre déjà enclavés, et par conséquent circulant à l'intérieur des énormes capillaires sanguins néoformés. Dans ce dernier cas, les globules rouges, sur des coupes transversales, semblent empaquetés à l'étroit dans un anneau limité par une cellule endothéliale disposée en croissant. Quelques veinules surtout, au niveau des points où le tissu conjonctif est plus dense, mieux organisé, apparaissent distendues, avec leur lumière comblée par de nombreux leucocytes polynucléaires. A mesure que l'on s'éloigne de la base d'implantation de ce bourgeon néo-conjonctivo-vasculaire, les capillaires deviennent plus allongés, plus divergents, plus espacés, et les hématies intercalaires sont beaucoup plus nombreuses. Il est à remarquer que la proportion de fibrine fibrillaire, encore reconnaissable au milieu de ces blocs sanguins en voie d'organisation, est d'autant plus abondante que l'on s'approche davantage de l'extrême surfacedu caillot, ce qui est une preuve, ajoutée aux autres, de l'ancienneté des lésions.

L'aspect précédent est constant sur tous les points observés du péritoine qui borde la perforation. Cependant, de place en place, une autre lésion vient s'intercaler.

Elle consiste en une intrication très complexe et très élégante de l'endothélium péritonéal proliféré et enchâssé au milieu des bourgeons néo-conjonctivo-vasculaires formés au dépens du péritoine salpingien. Il arrive en effet, fréquemment sur toutes les coupes, de voir la disposition suivante : une fente ou cavité nettement péritonéale apparaît entre les plicatures formées par la séreuse condensée et tassée autour de la perforation. Dans cette cavité flottent des amas de cellules cuboïdes en traînées plates ou sinueuses, quelquefois très abondantes, et l'embarras serait grand pour reconnaître la nature endothéliale de ces éléments pseudo-épithéliaux, si l'on n'avait comme repère l'état du péritoine sain dans le voisinage. En effet, les cellules endothéliales en bordure à la surface de la séreuse appparaissent dans toute cette région

transformées, tuméfiées, avec un protoplasma jaune pâle et un noyau gros pauvre en chromatine. Dans les points où le péritoine se trouve froncé, au voisinage de la plaie, sa surface forme des dépressions et des volutes au niveau desquelles l'endothélium proliféré s'enfonce plus profondément. Il prend alors dans ces trajets plus ou moins allongés une forme plate ou fusiforme, d'apparence tout à fait comparable à des cellules sarcomateuses, ou même, dans certains endroits, il rappelle d'une manière singulière la forme et la disposition trabéculaires et même cavitaires, que l'on voit dans une tumeur squirrheuse largement envahie par l'épithélioma. Ces dispositions pseudo-cancéreuses sont tellement accusées, surtout lorsqu'il y a des cavités réservées dans le tissu péritonéal enflammé, que l'impression, après un examen attentif, conduirait presque fatalement au diagnostic de carcinome, si à un faible grossissement on ne pouvait suivre la marche de ce processus cicatriciel. De ces dispositions, constantes à la base de la plupart des gros replis du péritoine, résulte une altération histologique à laquelle il est impossible de ne pas donner le nom d'endothéliome, qui se présente sous forme de placards pseudo-tumoraux, éminemment bénins, purement inflammatoires, cette terminologie étant simplement destinée à donner une impression histologique.

Dans quelques points, cette lésion de prolifération endothéliale avec pseudo-cavités kystiques se complique d'une infection légère et d'infiltration leucocytaire subaiguë. Il est à noter qu'en aucun de ces points de pseudo-endothéliome, il n'existe trace d'infiltration hémorragique : car le tissu est trop organisé, trop dur, pour se laisser distendre par le sang. Par contre, un tatouage pigmentaire discret n'y est pas rare.

Lorsque — circonstance fréquente — le tissu conjonctif fondamental du péritoine présente, en ces mêmes régions, les signes d'une agitation proliféatrice des fibroblastes, une lésion d'apparence fibro-sarcomatoïde en résulte, qui n'est pas pour simplifier l'impression. Dans toute cette zone, les vaisseaux sanguins sont plutôt rares.

Observation III

(Recueillie dans le service de M. P. Bazy par M. L. Bazy.)

Cette observation concerne une dame actuellement âgée de 56 ans qui fut opérée une première fois, il y a 11 ans, d'un kyste de l'ovaire gauche et une seconde fois, en juin dernier, d'une hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome de l'utérus, kyste de l'ovaire droit et hématosalpinx du même côté.

Je laisse de côté les lésions de l'utérus et de l'ovaire, lésions banales, et je m'occupe uniquement des lésions constatées dans la trompe.

Aspect macroscopique. — La trompe droite, extérieurement, présente une coloration bleuâtre, presque noire, qui fait immédiatement penser qu'elle contient du sang. Elle est suffisamment dilatée pour acquérir le volume d'un gros pouce. Elle est flexueuse, contournée sur elle-même, et serpente à la surface du kyste de l'ovaire dont, cependant, elle a pu être détachée au cours de l'intervention, mais très laborieusement. Ouverte, elle laisse échapper un liquide sirupeux, noirâtre, constitué par du sang liquide en partie dégénéré. Le sang évacué, la muqueuse de la trompe apparaît très lisse, blanchâtre, sans aucune villosité. En certains points, cependant, elle est recouverte par un enduit hémorragique, rouge vif ou quelquefois couleur brique éteinte, qui adhère intimement à la muqueuse et ne peut en être détaché. J'insiste sur cet aspect que présentait la trompe et qui est bien différent de celui que nous avons noté dans les deux cas précédents, où la trompe ouverte était remplie par un caillot adhérent et d'apparence véritablement placentaire. Cette différence d'aspect tient à des différences essentielles dans les lésions histologiques.

Examen microscopique. — Les coupes ont porté en différents endroits de la trompe. Comme celle-ci était contournée sur elle-même, on peut, sur chacune de ces coupes, apercevoir plusieurs fois la lumière de la trompe que le rasoir a rencontrée en des points différents.

Lorsque l'on examine les coupes dans leur ensemble, on est frappé tout d'abord par l'affaissement général de *la muqueuse*. Celle-ci ne présente plus aucune de ses élégantes sinuosités ; les villosités ont complètement disparu, quelle que soit la portion de trompe considérée, et sont comme abrasées. La couche épithéliale est comme tassée, aplatie contre la muscularis mucosæ. L'épithélium s'est affaissé. Il est devenu cuboïde, ou cubique bas, et a partout perdu ses cils vibratiles. En un grand nombre de points, on peut apercevoir au-dessous de la muqueuse des hémorragies sous-muqueuses, qui forment une longue bande étroite, colorée au rouge vif ou en rose orangé par l'hématoxyline-éosine et soulignant la ligne de la muqueuse, dont elle épouse tous les contours.

Le chorion de la muqueuse est réduit à une très mince lame fibreuse qui présente de place en place deux ordres de lésions : soit des bourgeonnements, soit, mais plus rarement, des ulcérations certaines avec caillot adhérent, mais sans apoplexie dans la zone sous-jacente. En effet, la base sur laquelle repose l'*ulcération* est constituée par un tissu conjonctif ancien, très dense, épaissi, d'apparence fibroïde. Sur une mince lisière cependant, au niveau des parties latérales, les parois de cette ulcération sont constituées par un tissu de granulation composé par un tissu conjonctif plus jeune, largement infiltré de cellules rondes. Dans cette ulcération flottent un grand nombre d'éléments cellulaires qui sont pour la plus grande partie constitués par des globules rouges, dont les uns sont encore bien reconnaissables et ont conservé leur forme arrondie, dont les autres, au contraire, sont réduits à l'état de débris et ont pris une teinte jaunâtre, bien différente de la teinte rose orangé du globule encore vivant. A côté des globules rouges, on voit flotter quelques rares cellules épithéliales dégénérées, d'assez nombreux leucocytes répartis en placards et composés surtout de lymphocytes et de gros mononucléaires, de gros macrophages dont beaucoup sont chargés de pigment sidérosique et de débris d'hématies, et enfin quelques cellules conjonctives bien reconnaissables à leur forme allongée.

En d'autres points, on peut apercevoir des *bourgeonnements* issus du chorion, qui perforent la muqueuse atrophiée et viennent constituer des petits beourgeons pédiculés saillant en choux-fleurs au-dessus du plan de la muqueuse. Ces lésions ne sont autres que

la copie exacte, « la miniature » des lésions précédemment décrites. La plupart de ces bourgeons sont denses, fibroïdes et parfaitement organisés. D'autres ont leurs mailles distendues par des apoplexies interstitielles, diffuses. D'autres, enfin, présentent un aspect véritablement aréolaire, tant ils sont riches en vaisseaux capillaires, pressés souvent les uns contre les autres au point de n'être séparés que par une toute petite lame de tissu conjonctif dense. Certains de ces capillaires peuvent atteindre un volume relativement considérable. En certains points, cette abondance des vaisseaux dans l'intérieur des bourgeons est des plus manifestes. Elle coïncide, dans la zone sous-jacente, avec un développement souvent extrêmement considérable de vaisseaux sanguins, artères ou veines, dont quelques-uns sont très volumineux et gorgés de sang. Dans ces points, la région prend véritablement un *aspect pseudo-angiomateux*. Il est très remarquable de voir que, dans le cas qui nous occupe, le sang, qui remplit les vaisseaux ou qui constitue les apoplexies interstitielles, contient une proportion infime de globules blancs, mononucléaires ou polynucléaires, et qui sont toujours isolés. On n'y trouve pas ces larges placards inflammatoires, ni ces doubles palissades tapissant les parois vasculaires à l'intérieur et à l'extérieur, que nous avons notées dans les cas précédents.

De place en place, soit dans les bourgeons mêmes, soit dans la muqueuse encore un peu végétante, on aperçoit de très nombreuses cellules géantes, polymorphes, mais indépendantes de toute altération caséeuse voisine. Ces cellules ressemblent tout à fait aux cellules géantes des infections subaiguës et ne donnent en aucun point l'impression de lésions folliculaires tuberculeuses. Sur les coupes colorées au Ziehl, il est, d'ailleurs, facile d'établir qu'aucune de ces cellules géantes ne contient de bacilles de Koch. D'ailleurs, toutes ces cellules géantes présentent ce caractère d'être logées dans les mailles du tissu conjontif végétant, fibroïde déjà, et très vasculaire.

De chaque côté de ces pédicules, qui ont très nettement perforé la muqueuse, on peut apercevoir l'épithélium. Dans certains points, celui-ci se trouve placé dans des fentes où il prolifère, quelquefois même assez abondamment. Dans d'autres endroits, on voit un bourgeon qui présente des pédicules multiples, passer en pont au-dessus de la muqueuse atrophiée. Mais l'épithélium, probablement

peu sollicité, ne cherche pas, comme dans les cas précédents, à tapisser toute la cavité en revêtant la face profonde du bourgeon, et il n'y a point ici de cavités kystiformes. Par contre, on peut noter très manifestement des cavités pseudo-glandulaires, remplies de débris d'hématies et de quelques rares globules blancs, et lymphocytes mononucléaires. Enfin, dans certains de ces petits bourgeons, ceux qui présentent un pédicule assez large et sont presque sessiles, on peut voir étouffés, englobés au milieu du tissu conjonctif néoformé, de petits îlots de cellules épithéliales composés de cinq ou six cellules tassées les unes contre les autres, dont le protoplasma est très clair et le noyau peu riche en chromatine.

La sous-muqueuse est très dense, fibroïde, parcourue par d'énormes faisceaux musculaires certainement hyperplasiés qui suivent régulièrement le contour des cavités. Le tissu interstitiel qui les entoure est parcouru par de nombreux îlots inflammatoires qui permettent de conclure que le processus infectieux n'est pas encore totalement éteint.

Dans le tissu intermédiaire, *la couche musculaire* est énormément augmentée de volume, jusqu'à donner l'impression de muscle utérin. Cette impression est d'autant plus formelle, qu'en bien des points, on voit des faisceaux musculaires énormes, parcourus par des vaisseaux sanguins de très grand volume qui donnent absolument l'image des artères hélicines de l'utérus. Les faisceaux musculaires sont séparés les uns des autres par des travées conjonctives légèrement chargées d'éléments lymphatiques. On peut nettement conclure ici à l'existence d'un *myome*.

Dans l'épaisseur du chorion et surtout, comme nous l'avons vu, dans la sous-muqueuse, on note une très grande quantité de *vaisseaux* artériels et veineux dont beaucoup sont atteints d'endovascularite végétante. Certaines artères et aussi certaines veines sont même complètement obstruées par endartérite fibreuse et surtout ÉLASTIGÈNE. Dans certains de ces vaisseaux, il est même tout à fait remarquable de trouver *des bourgeons qui pénètrent dans la lumière du vaisseau en effondrant l'endothélium, et sont de tous points comparables aux bourgeons de la muqueuse salpingienne.*

Enfin, dans la *sous-séreuse*, on retrouve des apoplexies diffuses qui forment une bande hémorragique parallèle à la bande hémorragique constituée par les apoplexies sous-muqueuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En étudiant l'anatomie pathologique des lésions, ce qui tout d'abord est très caractéristique, c'est que l'élément épithélial n'est presque pas atteint. Toutes les lésions capitales se produisent au niveau du tissu conjonctif; c'est en effet le tissu interstitiel, le chorion, les vaisseaux, les muscles, le péritoine, qui sont les plus lésés.

Nous étudierons tout d'abord *les lésions épithéliales*, qui sont les moins importantes.

L'aspect général de la muqueuse est celui d'une muqueuse qui souffre et qui est mal nourrie; l'épithélium a perdu ses cils vibratiles, il devient cuboïde, cubique, puis enfin s'aplatit et devient lamellaire pour finir par disparaître.

Ceci est l'aspect général de la muqueuse, aspect qui varie un peu suivant les points considérés.

Dans l'intérieur des pédicules qui servent de pieds aux bourgeons néo-conjonctivo-vasculaires, on trouve fréquemment des îlots de cellules épithéliales, englobés dans le tissu conjonctif de nouvelle formation, ce qui,

à un examen superficiel, pourrait en imposer pour une tumeur maligne.

Près des bourgeons, la muqueuse enserre étroitement le pied du bourgeon. C'est là qu'elle présente au maximum des phénomènes d'affaissement ; en ces endroits les villosités de la muqueuse ont complètement disparu, et on a à la place des pseudo-cavités glandulaires, formées, comme l'a montré Cornil, de deux villosités.

Loin des pédicules, l'épithélium est plus ou moins touché ; à certains endroits il se nécrose, tombe, mettant à nu le chorion de la muqueuse ; dans d'autres il s'aplatit, se tasse ou disparaît par places ; ce qui fait que quelquefois le sang qui s'écoule dans le tissu interstitiel est en communication directe avec le sang déjà épanché dans la trompe.

Bien que ces lésions de l'épithélium soient assez importantes, elles n'ont pas l'importance des lésions du tissu conjonctif que nous allons étudier.

Nous examinerons successivement les lésions du chorion, du tissu interstitiel, des muscles et du péritoine.

Le chorion de la muqueuse est de tous les éléments conjonctifs celui qui est le plus atteint. C'est à ses dépens, en effet, que se forme le bourgeon conjonctivo-vasculaire. Pour cela, ce bourgeon, après avoir effondré la muqueuse, vient faire saillie au-dessus d'elle et se coiffe alors d'un caillot sanguin, qui s'organise ; nous aurons ainsi deux parties dans le bourgeon : *le pied*, d'origine conjonctive et un *chapeau*, formé par un caillot sanguin.

Le pied du bourgeon n'est pas en général unique, il est formé de plusieurs pédicules, mais ils ne peuvent se voir qu'au microscope, car macroscopiquement le bourgeon paraît sessile.

A la coupe, ces bourgeons sont formés par des fibres connectives très denses, parsemées de cellules conjonctives plates ; puis, après être restées perpendiculaires à la muqueuse, ces fibres s'épanouissent en éventail et disparaissent ; entre elles, elles délimitent de petites loges minuscules, qui sont des vaisseaux de néoformation, qui ont aussi une direction perpendiculaire à la muqueuse. Il y a également d'autres éléments de moindre importance (lymphocytes, mono ou polynucléaires). Si l'on examine ce bourgeon en coupe transversale, au lieu de l'examiner en coupe longitudinale, on est frappé du nombre considérable des vaisseaux, qui apparaissent sectionnés transversalement, et ceci explique la fréquence des hémorragies.

Le caillot, qui coiffe le bourgeon conjonctif, est uni à celui-ci par des capillaires néoformés ; sa base est déjà en voie d'organisation fibroïde, tandis que son sommet a encore tout l'aspect d'un caillot sanguin.

Le tissu interstitiel est épaissi, comme boursouflé, dans ses mailles il y a un nombre considérable d'éléments cellulaires, ressemblant à des plasmazellen ; souvent on rencontre également des effusions sanguines assez considérables.

Si la lésion a terminé complètement son évolution, le tissu conjonctif s'est organisé et on a du tissu banal de sclérose.

Les muscles sont en général peu atteints ; on peut cependant noter quelques phénomènes d'exaltation, qui en imposeraient à la coupe pour du tissu de l'utérus.

Les vaisseaux, au contraire, présentent des lésions plus marquées ; les artères, les veines, les lymphatiques, sont touchés. Quelques-unes de ces lésions sont cepen-

dant banales et ressemblent à celles que l'on rencontre dans tout organe enflammé.

Mais, à côté de ces lésions banales, il se produit dans la lumière du vaisseau un phénomène absolument semblable à celui qui se passe dans l'intérieur de la trompe.

En effet, en certains points, l'endothélium du vaisseau se rompt, et un bourgeon conjonctivo-vasculaire, absolument semblable au bourgeon de la trompe, apparaît.

Quant à leur structure, les vaisseaux ne subissent pas de modifications, leur nombre seul est en quelques points très augmenté.

Le péritoine présente quelques apoplexies dans sa couche sous-séreuse ; il y a également hyperplasie des fibres musculaires lisses qui doublent la séreuse ; dans certains cas même, le péritoine peut n'avoir subi aucune lésion.

SYMPTOMES

Nous n'essaierons pas d'établir une série bien nette de symptômes, car les lésions que nous avons étudiées sont encore des faits tout à fait nouveaux, et par conséquent leur symptomatologie est encore très obscure.

Si nous considérons la fréquence de la lésion en nous basant sur les travaux parus jusqu'alors, M. Jayle, sur 12 cas de trompes sanglantes en a rencontré 2 où l'hypothèse de grossesse a été rejetée. Dans la statistique de M. le professeur Freund on retrouve 4 cas qui furent démontrés n'avoir aucun rapport avec une grossesse tubaire. Freund signale encore au Congrès de la Société allemande de gynécologie (1903), 5 cas. Dans la collection de M. Weinberg qui comprend 200 trompes de toute nature, M. L. Bazy a découvert 13 observations de trompes hémorragiques sans grossesse.

Enfin, dans notre travail, nous publions une observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Massabuau.

Ces salpingites hémorragiques n'ont pas d'histoire.

Les hémorragies de la trompe non gravide peuvent

en effet simuler une salpingite banale, un hématosalpinx, une hématocèle, une grossesse tubaire.

On pourrait donc avoir à faire le diagnostic entre une salpingite simple et un hématosalpinx, et à dire si cet hématosalpinx est le fait ou non d'une grossesse tubaire.

Pour trancher la première question, l'augmentation brusque du volume de la tumeur permet de conclure à un hématosalpinx.

Mais, si ce symptôme traduit une nouvelle poussée hémorragique, il ne permet pas de dire de quelle nature est l'hématosalpinx. Tous les symptômes invoqués (douleurs expulsives, arrêt des règles, expulsion de caillots, métrorragies) traduisent l'épanchement sanguin dans l'intérieur de la trompe, mais n'indiquent pas la cause qui a produit cet épanchement. L'expulsion d'une caduque pourrait fixer le diagnostic de grossesse ; mais dans bien des cas de grossesse il n'y a pas d'expulsion de caduque.

En un mot, pour affirmer la nature d'un hématosalpinx nous ne disposons d'aucun signe pathognomonique.

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE

Si les moyens cliniques nous sont d'un secours nul pour fixer notre diagnostic, nous ne pouvons être fixés qu'en pratiquant *l'examen anatomique*.

Cet examen comprend deux parties : l'examen macroscopique et l'examen microscopique.

Le premier nous fournira des probabilités, mais quelquefois nous conduira à des erreurs flagrantes.

Le second nous fournira la réalité.

Examen macroscopique. — On a donné certains caractères, qui, d'après leurs auteurs, doivent permettre de distinguer une trompe gravide, d'une trompe non gravide.

1° La trompe non gravide est normale et n'est pas dilatée. Une trompe gravide peut parfaitement présenter une apparence normale, soit que la trompe, après avoir expulsé son contenu, revienne très rapidement sur elle-même, soit que la grossesse soit assez récente et n'ait pas amené de modifications appréciables, et l'on a signalé (1) une trompe gravide ayant tout l'aspect d'une trompe normale, pouvant donner lieu, par avortement tubaire, à une inondation péritonéale.

---

(1) L. Bazy. — Inondation péritonéale au cours de l'avortement tubaire (*Presse médicale*, 31 octobre 1906).

2° *Aspect des parois de la trompe.* — Presque toujours, dans la grossesse, les parois de la trompe sont amincies. Dans la salpingite, au contraire, elles sont épaissies. Cependant il ne faut pas attribuer à ce signe une valeur absolue, car nous avons vu que dans la pachysalpingite, comme dans la grossesse tubaire, nous pouvions avoir des ruptures de la trompe. Il ne faut pas attacher une importance exagérée à l'examen macroscopique, mais il faut apporter tous ses soins à l'examen histologique, qui, s'il est complet et méthodique, nous donnera un diagnostic certain.

Examen microscopique. — On examinera :

1° *Le caillot.* Dans la grossesse, il est *adhérent en surface*, sans pédicule ; dans le cas de salpingite, il n'adhère que par quelques points très limités.

2° *La muqueuse.* Dans la trompe gravide, la muqueuse disparaît complètement au point où se greffe l'œuf. Dans la pachysalpingite, la muqueuse persiste et s'étend même sur le bourgeon néoformé.

3° *Tissus sous-jacents.* Dans la grossesse tubaire, les couches sous-jacentes sont amincies et subissent toutes les modifications que leur impose la grossesse ; il n'en est rien dans la pachysalpingite, qui présente au contraire, le plus souvent, des phénomènes d'épaississement.

En résumé, il ne faudra rejeter le diagnostic de grossesse que quand on n'aura pu découvrir en aucun point de la trompe de traces de grossesse, c'est-à-dire n'avoir constaté ni villosités, ni débris de membranes, ni aucune réaction déciduale du tissu conjonctif.

On concluera différemment quand on aura trouvé une lésion suffisamment nette et suffisamment caractérisée pour permettre d'affirmer et de prouver qu'elle est bien la source des hémorragies observées.

COMPLICATIONS — L'HÉMATOCÈLE

La complication habituelle de ces hémorragies de la trompe est l'hématocèle.

Il est certain qu'au moment de la congestion menstruelle, une certaine quantité de sang exsudé dans la lumière de la trompe tombe dans la cavité péritonéale, mais ce sang émis en petite quantité, et tombant sur du péritoine sain, est très rapidement résorbé et ne peut donner une hématocèle.

Il n'en sera pas de même quand le sang proviendra d'une trompe altérée dans sa structure, et que le péritoine pelvien aura reçu le contre-coup de cette inflammation.

Dans ces cas, quand les poussées hémorragiques se produiront, le sang qui s'épanche alors dans le péritoine, au lieu de se résorber, donnera lieu, du fait de son abondance, à la formation d'adhérences péritonéales et l'hématocèle sera ainsi constituée.

TRAITEMENT

Le manuel opératoire sera différent, suivant que la trompe sera ou non adhérente.

En effet, *si la trompe est libre*, ce qui est extrêmement rare, on opérera comme pour une ovariotomie ou pour une salpingite ordinaire.

Mais si, et c'est le cas le plus fréquent, la trompe a contracté des adhérences, ou est incluse dans le ligament large, il faut pratiquer l'hystérectomie.

On ne pourra pas pratiquer l'hystérectomie en employant le procédé ordinaire, dit procédé américain, en allant d'un ligament large à l'autre et en sectionnant au-dessus du col de l'utérus. Il faudra pratiquer *l'hystérectomie première*. Pour cela, on ira directement sur le col de l'utérus, que l'on abordera par sa partie antérieure, on le sectionnera, puis on tranchera le ligament large et il sera facile alors d'énucléer la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les causes d'hématosalpinx, il faut placer à côté de la grossesse tubaire, un processus inflammatoire, que l'on peut appeler « **Pachysalpingite hémorragique** ».

II. — Cette pachysalpingite hémorragique est due à une infection de la trompe ; elle se caractérise anatomiquement par une inflammation de la muqueuse et de la sous-muqueuse, par d'énormes dilatations vasculaires et des hémorragies interstitielles.

III. — L'hématosalpinx par pachysalpingite hémorrahique est très difficile à différencier cliniquement d'avec les autres salpinx (pyosalpinx, hydrosalpinx ou hématosalpinx, dus à une autre cause).

IV. — Cet hématosalpinx par pachysalpingite hémorragique est une cause importante d'hématocèle pelvienne.

BIBLIOGRAPHIE

Albertz. — Hématosalpinx, hématocèle et théorie du reflux (Arch. de gynécologie, 1884).

Bazy (Louis). — Société de biologie (24 juillet 1909).

— Les hémorragies de la trompe non gravide (Revue de gynécologie, juillet 1910).

Camelot. — De l'hématosalpinx (Thèse Paris, 1895).

— Note sur la pathogénie de l'hématosalpinx (Bulletin de la Société anatomo-clinique, 1893).

Cestan. — Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne, considérées surtout dans leur rapport avec la grossesse tubaire (Thèse Paris, 1894).

Cladot et Maubert. — Bulletin de la Soc. anatom. de Paris (janv. 1900).

Cornil. — Contribution à l'étude de l'anatomie et de l'histologie de la grossesse tubaire (Revue de gynécologie et de chirurgie, 1900).

Cornil et Terrillon. — Archives de physiologie, 1887.

Couvelaire. — Etude anatomique sur les grossesses tubaires (Paris, 1900).

Dagot. — De la nature de quelques hématosalpinx (Thèse Paris, 1891).

Doran. — Hémorragie de la trompe de Fallope sans coïncidence de gestation tubaire (Trans. of the Obst. of London, 1898).

Duret. — Grossesse tubaire ou hématosalpinx double (Journal des sciences médicales de Lille, juillet 1909).

Freund. — Ueber vorgetaüschte. Extrauterinschwangerschaft.

Kritchweska (Mme). — Salpingite hémorragique (Thèse Paris, 1900).

Le Roy et Duret. — Hématosalpinx et hématocèle (Soc. anatom. clinique de Lille, avril 1902).

Montprofit. — Salpingites et ovarites (Thèse Paris, 1888).

Mourange. — Annales de gynécologie (juillet 1893).

Pilliet. — Salpingite hémorragique par rétention (Soc. anat., mai 1893).

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Roulland. — Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme (Thèse Paris, 1907).

Soulié (Honoré). — A propos de l'hématocèle pelvienne (Archives provinciales de chirurgie, 3 sept. 1905).

Tartanson. — Les hémorragies et l'hématocèle intrapéritonéales sans grossesse ectopique (Thèse Lyon, 1909).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!